·论著·

基于患者视角的成都市城乡基层医疗服务质量的差异

黄传应[1]，刘力滴[2]，张鹏[2]，张亚琳[3]，杨荣[2]，杨梓钰[2]，伍佳[2]，程玉[2]，代华[2*]，廖晓阳[2*]

1.610041 四川省成都市，四川大学华西医院急诊科
2.610041 四川省成都市，四川大学华西医院全科医学中心
3.610300 四川省成都市，成都市青白江区妇幼保健院内科
*通信作者：代华，副主任医师；E-mail：625880796@qq.com
廖晓阳，教授/博士生导师；E-mail：19541343@qq.com
黄传应，刘力滴为共同第一作者

【摘要】 **背景** 基层医疗卫生机构资源供需不匹配，不均衡是城乡基层医疗卫生机构之间存在的主要问题。为了改进城乡基层医疗服务质量，促进同质化建设，准确了解城乡基层医疗服务质量差异至关重要。**目的** 对成都市城乡基层医疗卫生机构服务质量进行评价、比较，并分析不同患者特征对医疗服务质量体验的影响。**方法** 于2019年11月—2020年1月对成都市22个区（县）所有基层医疗卫生机构进行调查，采用方便抽样法选取各基层医疗卫生机构所有注册全科医生的已就诊患者为研究对象，结合欧洲基层医疗服务质量和成本（QUALICOPC）患者体验问卷和成都实际情况编制《成都市基层医疗服务质量患者问卷》，包含患者基本特征及医疗服务可及性、连续性、协调性、综合性4个维度，使用多重逐步线性回归分析基层医疗服务质量的影响因素。**结果** 共纳入患者2 153例，乡镇卫生院的服务可及性、连续性、协调性、综合性维度得分分别为（0.45±0.26）分、（0.68±0.41）分、（0.48±0.41）分、（0.37±0.40）分；社区卫生服务中心各维度得分分别为（0.45±0.27）分、（0.69±0.39）分、（0.46±0.42）分、（0.29±0.38）分，乡镇卫生院的综合性维度得分高于社区卫生服务中心，差异有统计学意义（$P<0.05$）。目前工作状况（乡镇卫生院：$\beta=-0.031$，$P=0.006$；社区卫生服务中心：$\beta=-0.028$，$P=0.003$）、有无签约医生（乡镇卫生院：$\beta=0.128$，$P<0.001$；社区卫生服务中心：$\beta=0.169$，$P<0.001$）是基层医疗卫生机构服务综合性的影响因素。**结论** 成都市城乡基层医疗卫生机构PHC质量可及性、协调性、连续性水平较高，乡镇卫生院综合性维度得分高于社区卫生服务中心；目前工作状况对基层医疗卫生机构综合性服务体验有负向预测作用，有签约医生对基层医疗卫生机构服务综合性具有正向预测作用。

【关键词】 卫生服务研究；患者视角；基层医疗；服务质量；欧洲基层医疗服务质量和成本
【中图分类号】 R 19 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0079

Analysis of the Difference of Primary Medical Service Quality between Urban and Rural Areas in Chengdu from the Perspective of Patients

HUANG Chuanying[1]，*LIU Lidi*[2]，*ZHANG Peng*[2]，*ZHANG Yalin*[3]，*YANG Rong*[2]，*YANG Ziyu*[2]，*WU Jia*[2]，*CHENG Yu*[2]，*DAI Hua*[2*]，*LIAO Xiaoyang*[2*]

1.Department of Emergency，West China Hospital，Sichuan University，Chengdu 610041，China
2.General Practice Medical Center，West China Hospital，Sichuan University，Chengdu 610041，China
3.Department of Internal Medicine，Chengdu Qingbaijiang Maternal & Child Health Care Hospital，Chengdu 610300，China
Corresponding authors：DAI Hua，Deputy Chief Physician；E-mail：19541343@qq.com

基金项目：四川省健康委员会项目（TJZ201909）；四川省科技厅软科学项目（2022JDR0325）；四川省科技厅项目（2021JDR0296）
引用本文：黄传应，刘力滴，张鹏，等. 基于患者视角的成都市城乡基层医疗服务质量的差异［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0079.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
HUANG C Y，LIU L D，ZHANG P，et al. Analysis of the Difference of Primary Medical Service Quality between Urban and Rural Areas in Chengdu from the Perspective of Patients［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］



LIAO Xiaoyang，Professor/Doctoral-supervisor；E-mail：625880796@qq.com
HUANG Chuanying and LIU Lidi are co-first authors

【Abstract】 **Background** The imbalance and uneven distribution of resources among primary healthcare institutions constitute the primary issues between urban and rural ones. To enhance the quality of primary medical services in urban and rural areas and promote standardized construction，it is of vital significance to accurately grasp the disparities in the quality of primary medical services between them. **Objective** To evaluate and compare the service quality of urban and rural primary medical institutions in Chengdu，and to analyze the impact of different patient characteristics on the quality and experience of medical services. Method A survey was carried out from November 2019 to January 2020 covering all primary healthcare institutions in 22 districts（counties）of Chengdu City. In this study，all registered general practitioners' patients who had received treatment at these institutions were selected as the research subjects through a convenient sampling method. A questionnaire on the quality of primary healthcare services and costs（QUALICOPC）was utilized，and a questionnaire on the quality of primary healthcare services in Chengdu was compiled by integrating it with the actual situation in Chengdu. It encompasses four dimensions：accessibility，continuity，coordination，and comprehensiveness of medical services，and multiple stepwise linear regression analysis was employed to analyze the influencing factors of the quality of primary healthcare services. **Results** A total of 2，153 patients were included，with the scores of the accessibility，continuity，coordination，and comprehensiveness dimensions of rural health clinics being（0.45 ± 0.26）points，（0.68 ± 0.41）points，（0.48 ± 0.41）points，and（0.37 ± 0.40）points，respectively. The scores of the dimensions of community health service centers were（0.45 ± 0.27）points，（0.69 ± 0.39）points，（0.46 ± 0.42）points，and（0.29 ± 0.38）points，respectively. The comprehensiveness dimension score of rural health clinics was higher than that of community health service centers，with a statistically significant difference（$P<0.05$）. The current working conditions（rural health clinics：$\beta=-0.031$，$P=0.006$；community health service centers：$\beta=-0.028$，$P=0.003$）and whether there is a contracted doctor（rural health clinics：$\beta=0.128$，$P<0.001$；community health service centers：$\beta=0.169$，$P<0.001$）are influencing factors of the comprehensiveness of primary healthcare services. **Conclusion** The level of accessibility，coordination，and continuity of PHC quality in urban and rural primary medical and healthcare institutions in Chengdu is relatively high；the comprehensive score of township healthcare centers is higher than that of community healthcare service centers. The current working status has a negative prediction effect on the comprehensive service experience of primary medical and health institutions，and some contracted doctors have a positive prediction effect on the comprehensive service of primary medical and health institutions.

【Key words】 Health services research；Parents' perspective；Primary healthcare；Quality of service；Quality and Costs of Primary Care

《“健康中国 2030”规划纲要》提出，到 2020 年要建成覆盖城乡的基本医疗服务，到 2030 年要实现健康产业繁荣发展。我国有 93% 以上的基层医疗卫生机构[1]，其是达成目标的关键，同时随着人民的健康服务需求日益增长，基层医疗服务（Primary health care，PHC）无疑将面临更高的要求。21 世纪以来，尽管 PHC 整体质量得到了较大提升，但供需不匹配、资源不均衡仍是当前我国城乡基层医疗之间存在的主要问题。为了更好的改进城乡 PHC 质量，促进同质化建设，迫切需要了解城乡基层卫生服务质量的具体差异。目前国际上对 PHC 更加公认的是以其核心功能特征为导向的定义，即首诊、可及性、连续性、协调性、综合性，认为一个国家的基层医疗系统实力取决于其 PHC 核心功能的综合发展程度[2]。随着我国医疗卫生改革的深入，PHC 在强调服务内容范围的同时，也越来越重视其功能特征的实现[3]。目前我国 PHC 质量评价研究处于初级探索阶段，尚未形成标准化的基础医疗服务质量评价体系[4]，相关研究大多是研究者自行设计评价指标，存在碎片化、缺乏系统性的问题，主要关注达标率、控制率等指标，而对结构、过程指标关注不足[4]。在评价方法方面，患者体验作为一种以患者为中心的质量指标，逐渐取代了患者满意度。研究表明，良好的患者体验预示着更好健康结局和更高的医疗卫生资源利用效率[5]。

欧洲基层医疗服务质量和成本（Quality and Costs of Primary Care，QUALICOPC）患者体验问卷是基于“结构 – 过程 – 结果”理论模型和现有 PHC 质量评价工具开发，再经分层断面调查，大数据汇总和分析比较形成的 PHC 质量评价的新工具，包括医生问卷、患者价值观问卷、患者体验问卷和机构特征问卷，可实现现医方、患方和机构层面的综合评价。此工具先后在包括我国[6]的 34 个国家开展了研究，显示出良好的评价质量[7]。基于以上背景，本研究采用 QUALICOPC 患者体验问卷对成都市城乡基层医疗卫生机构服务质量进行评价、比较，并分析不同患者特征对医疗服务质量体验的影响，以期

为 PHC 质量提高提供助力。

1 对象与方法

1.1 研究对象

2019 年 11 月—2020 年 1 月对成都市 22 个区（县）所有基层医疗卫生机构进行调查。采用方便抽样法调查基层医疗卫生机构所有注册全科医生的已就诊患者，综合考虑偏倚和成都市基层医疗卫生机构平均每日就诊人数（乡镇卫生院较少），因此本研究招募了每位注册全科医生至少 2 例患者。本研究基层医疗卫生机构指社区卫生服务中心和乡镇卫生院，排除了近 1 年新成立或新拆分的机构。患者纳入标准：（1）年龄≥ 18 岁；（2）就诊于该机构某位注册全科医生次数≥ 1 次 / 年。患者排除标准：（1）理解困难者；（2）患严重疾病不能填写问卷者。本研究已通过四川大学华西医院伦理委员会批准（批准号：2019 年审（1208）号），所有研究对象已签署知情同意书。

1.2 样本量计算

根据多因素分析的样本估计，样本量应大于 200 或要求样本量至少为自变量个数的 10 倍，本研究共计 12 个自变量，则样本至少为 120 名患者，考虑到有效率 80%~90%，估算样本量 134~150 名患者。

1.3 调查工具

本研究采用 QUALICOPC 患者体验问卷，根据我国及成都实际情况编制《成都市基层医疗服务质量患者问卷》（以下简称“患者问卷”），该问卷经过翻译、回译、多次焦点小组讨论等步骤汉化及修订，最后在社区卫生服务中心全科门诊的已就诊患者中进行预调查，同时询问患者是否容易理解及其意见再次修改形成最终问卷[8]，采用“问卷星”收集数据。患者问卷除患者的性别、年龄、婚姻状况、目前工作状况、学历、居住地、家庭月收入、家里有无成年人同住、家里有无小孩同住、患慢病情况、自评身体状况及有无家庭签约医生目外，还包括“可及性”“连续性”“协调性”“综合性”4 个维度。各维度 Cronbach's α 系数分别为：可及性（0.62）、连续性（0.70）、协调性（0.61）、综合性（0.89），具有较好的信度；KMO 系数 0.84，Bartlett's 球形检验结果显示，P<0.001，具有良好的结构效度。每个维度由一组问题（变量）衡量，见表 1。根据 QUAULICOPC 患者体验问卷国内外研究基础及经验[6，9-11]，所有变量赋值范围从 –1（差）到 +1（优），好的评价赋以正值，差的评价赋以负值。对于二分类变量，根据评价好、差分别赋以 +1、–1。对于按等级程度测量的变量，赋以从（–1）（极度负面）到（+1）（极度正面）的值，其他的赋以中间值（–0.5）、（0）、（+0.5）。若某一维度选“不知道”的比例小于 30%，则赋以 0，反之，不计分。各维度变量分值的算数平均值，即为该维度水平，越接近 +1 质量水平越高，反之亦然。将各维度平均水平“<0”定义为负向水平，“≥ 0”定义为正向水平。

1.4 资料收集及质量控制

在研究各阶段严格控制质量：（1）研究设计阶段，通过焦点小组讨论并设计汉化调查表格，通过“问卷星”平台，设置条目属性及必填以避免漏项及逻辑错误；（2）调查实施阶段，严格按照纳入与排除标准筛选患者，调查前向患者充分说明本研究目的、匿名、联系人及联系方式等，采用自行填写或“问答式”填写问卷星。

1.5 统计学方法

将“问卷星”数据导入 SPSS 23.0 建立数据库。符合正态分布的定量资料采用（$\bar{x} \pm s$）表示，若符合正态分布且方差齐性，两组间比较采用 t 检验，三组及以上采用单因素方差分析，组内两两比较采用 Scheffe 法。定性资料采用相对数表示，组间采用 χ^2 检验，采用多重逐步线性回归分析成都市城乡 PHC 质量的影响因素，检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 基本情况

共调查基层医疗卫生机构 390 家，收回患者问卷 2 201 份，剔除不符合纳入标准的 8 份，机构名称不匹配的 40 份，最终有效问卷 2 153 份，有效率 97.82%。其中，乡镇卫生院、社区卫生服务中心患者分别为 1 183 例、970 例。在乡镇卫生院、社区卫生服务中心的患者中，均以女性为主，分别为 751（63.48%）、643（66.29%）；年龄均以 18~40 岁占比较高［51.18%（1 102/2 153）］；绝大多数患者均已婚；大多数患者均有全职工作；乡镇卫生院患者居住地以农村为主，而社区卫生服务中心患者以城镇居民为主；家庭人均月收入均以平均水平占比较高［46.40%（999/2153）］；均以无慢性病为主；绝大多数均有签约医生；其他特征详见表 2。乡镇卫生院和社区卫生服务中心患者的年龄、目前工作状况、学历、居住地、家庭人均月收入、家里有其他成年人同住、家里有小孩同住、患慢性病情况比较，差异有统计学意义（P<0.05）。

2.2 成都市城乡基层医疗卫生机构 PHC 质量得分情况

在乡镇卫生院，PHC 质量评价中的可及性、连续性、协调性、综合性维度得分分别为（0.45 ± 0.26）分、（0.68 ± 0.41）分、（0.48 ± 0.41）分、（0.37 ± 0.40）分；在社区卫生服务中心，PHC 质量评价中的可及性、连续性、协调性、综合性维度得分分别为（0.45 ± 0.27）分、（0.69 ± 0.39）分、（0.46 ± 0.42）分、（0.29 ± 0.38）分。乡镇卫生院和社区卫生服务中心的 PHC 平均水平由高到低均为：连续性、协调性、可及性、综合性。乡



表 1 《成都市基层医疗服务质量患者问卷》核心维度及其条目情况
Table 1 The core dimensions and items of "Chengdu Primary Medical Service Quality Patient Questionnaire

维度	条目（患者体验问卷）	条目数（重叠数）
可及性	从家到该医院需要的时长	13（1）
	这次来看病预约了	
	预约容易	
	这次看医生的预约时长	
	今天到医院后等待看病的时长	
	医生的工作时间固定	
	在我需要的时候，医生能到我家里来	
	医院离我生活 / 工作的地方太远了	
	当我打电话给这家医院时，等很久才会有人接电话	
	我知道这儿周末和晚上如何看病	
	医生花了足够多的时间为我看病	
	在周末和晚上去看全科医生很困难	
	从我的全科医生转诊到上级医院很困难	
连续性	医生手里有我看病的记录	6（2）
	医生知道我的患病情况	
	医生知道我的生活状况	
	在过去的两年里，该医院全科医生仔细问过我吃药情况（包括其他医生开的药）	
	如果您去看另外一位全科医生，他知道您的患病情况	
	在上级医院治疗后，您的全科医生知道治疗结果	
协调性	我认为有些检查不必要的重复了	5（3）
	如果您去看另外一位全科医生，他知道您的患病情况	
	在上级医院治疗后，您的全科医生知道治疗结果	
	当您需要转诊到上级医院时，您的全科医生会把您的病情告诉专科医生	
	从您的全科医生转诊到上级医院很困难	
综合性	在过去的一年里，有全科医生对您进行健康指导（例如饮食、饮酒或吸烟）	15
	遇到以下情况您会去看全科医生的程度（共 14 个条目）：手指割伤需要缝合、脚扭伤、胃痛、便血、视力下降、孩子严重咳嗽、焦虑、常规体检、家庭暴力、性相关问题、人际关系问题、帮助戒烟、帮助戒酒、选择上级医院的建议	

注：标记颜色的条目表示也衡量其他维度，同维度颜色。

镇卫生院的综合性维度得分高于社区卫生服务中心，差异有统计学意义（t=4.951，P<0.001）。乡镇卫生院和社区卫生服务中心的可及性、连续性、协调性维度得分比较，差异无统计学意义（$t_{可及性}$=0.268，P=0.789；$t_{连续性}$=–0.249，P=0.803；$t_{协调性}$=1.183，P=0.237）。

2.3 乡镇卫生院和社区卫生服务中心不同患者特征的PHC 质量评价中综合性维度得分比较

在乡镇卫生院，不同目前工作状况、学历、居住地、家庭人均月收入、签约医生情况的 PHC 质量评价中综合性维度得分比较，差异有统计学意义（P<0.05）。组内两两比较结果显示，在工作状况方面，全职工作的 PHC 质量评价综合性维度得分高于无业（P<0.05）；在学历方面，大专的 PHC 质量评价综合性维度得分高于高中 / 中专（P<0.05）；在居住地方面，城镇居民 PHC 质量评价综合性维度得分高于农村（P<0.05）；在家庭人均月收入方面，平均水平收入的 PHC 质量评价综合性维度得分高于平均水平以上收入，平均水平以上收入的 PHC 质量评价综合性维度得分高于平均水平以下收入，差异有统计学意义（P<0.05）。在社区卫生服务中心，有签约家庭医生居民的 PHC 质量评价综合性维度得分高于无签约家庭医生，差异有统计学意义（P<0.05），见表 3。

2.4 成都市城乡基层医疗卫生机构 PHC 质量评价中综合性的影响因素

以 PHC 质量评价中综合性维度得分为因变量（赋值：实测值），以单因素分析中有统计学意义的患者特征变量［目前工作状况（赋值：全职 =0，兼职 =1，无业 =2，退休 =3）、学历（赋值：高中 / 中专及以下 =1，大专 =2，大学本科及以上 =3）、居住地（赋值：城镇居民 =0，农村居民 =1）、家庭人均月收入（赋值：平均水平以下 =1，平均水平 =2，平均水平以上 =3）、签约医生情况（赋值：无 =0，有 =1）］，为自变量，

表 2　成都市城乡基层医疗卫生机构患者基本特征［例（%）］
Table 2 Basic characteristics of patients in urban and rural primary health care in Chengdu

变量	合计（n=2 153）	乡镇卫生院（n=1 183）	社区卫生服务中心（n=970）	χ^2 值	P 值
性别				1.839	0.175
男	759（35.25）	432（36.52）	327（33.71）		
女	1394（64.75）	751（63.48）	643（66.29）		
年龄				24.934	<0.001
18~40 岁	1102（51.18）	651（55.03）	451（46.49）		
41~65 岁	840（39.02）	445（37.62）	395（40.72）		
>65 岁	211（9.80）	87（7.35）	124（12.78）		
婚姻状况				5.678	0.128
未婚	232（10.78）	144（12.17）	88（9.07）		
已婚	1 861（86.44）	1005(84.95）	856（88.25）		
离异	41（1.90）	24（2.03）	17（1.75）		
丧偶	19（0.88）	10（0.85）	9（0.93）		
目前工作状况				210.154	<0.001
全职	1 277（59.31）	706（59.68）	571（58.87）		
兼职	138（6.41）	102（8.62）	36（3.71）		
无业	434（20.16）	311（26.29）	123（12.68）		
退休	304（14.12）	64（5.41）	240（24.74）		
学历				62.005	<0.001
高中 / 中专及以下	1 002（46.54）	624（52.75）	378（38.97）		
大专	643（29.87）	351（29.67）	292（30.10）		
大学本科及以上	508（23.59）	208（17.58）	300（30.93）		
居住地				473.335	<0.001
城镇居民	1 267（58.85）	449（37.95）	818（84.33）		
农村居民	886（41.15）	734（62.05）	152（15.67）		
家庭人均月收入				39.597	<0.001
平均水平以下	408（18.95）	257（21.72）	151（15.57）		
平均水平	999（46.40）	583（49.28）	416（42.89）		
平均水平以上	746（34.65）	343（28.99）	403（41.55）		
家里有其他成年人同住				5.079	0.024
否	431（20.02）	216（18.26）	215（22.16）		
是	1 722（79.98）	967（81.74）	755（77.84）		
家里有小孩同住				13.390	<0.001
否	819（38.04）	409（34.57）	410（42.27）		
是	1 334（61.96）	774（65.43）	560（57.73）		
患有慢性病				11.039	<0.001
否	1 516（70.41）	868（73.37）	648（66.80）		
是	637（29.59）	315（26.63）	322（33.20）		
自评身体状况				5.263	0.154
差	113（5.25）	65（5.49）	48（4.95）		
一般	1 246（57.87）	682（57.65）	564（58.14）		
好	657（30.52）	349（29.50）	308（31.75）		
非常好	137（6.36）	87（7.35）	50（5.15）		
有无签约医生				0.240	0.625
无	313（14.54）	168（14.20）	145（14.95）		
有	1 840（85.46）	1015(85.80）	825（85.05）		

表 3　乡镇卫生院和社区卫生服务中心不同患者特征的 PHC 质量评价中综合性维度得分比较
Table 3 Comparison of comprehensive dimension scores in PHC quality evaluation of township hospitals and community health service centers with different patient characteristics

患者特征	乡镇卫生院			社区卫生服务中心		
	得分（$\bar{x}\pm s$，分）	t/F 值	P 值	得分（$\bar{x}\pm s$，分）	t/F 值	P 值
性别		-0.347	0.729		-0.911	0.363
男	0.37±0.41			0.27±0.36		
女	0.37±0.39			0.30±0.39		
年龄		1.843[a]	0.159		1.455[a]	0.234
18~40 岁	0.38±0.40			0.30±0.40		
41~65 岁	0.38±0.38			0.30±0.38		
>65 岁	0.29±0.42			0.23±0.35		
婚姻状况		0.695[a]	0.555		1.401[a]	0.241
未婚	0.39±0.36			0.34±0.43		
已婚	0.37±0.40			0.28±0.38		
离异	0.27±0.36			0.14±0.33		
丧偶	0.42±0.37			0.30±0.58		
目前工作状况		3.042[a]	0.028		2.475[a]	0.060
全职	0.40±0.39			0.31±0.39		
兼职	0.36±0.41			0.23±0.48		
无业	0.32±0.39[b]			0.24±0.41		
退休	0.37±0.42			0.26±0.35		
学历		3.759[a]	0.024		0.224[a]	0.799
高中 / 中专及以下	0.34±0.39			0.28±0.38		
大专	0.41±0.38[c]			0.28±0.38		
大学本科及以上	0.38±0.43			0.30±0.39		
居住地		2.084	0.037		-0.592	0.554
城镇居民	0.40±0.41			0.28±0.38		
农村居民	0.35±0.39			0.30±0.41		
家庭人均月收入		5.510[a]	0.004		0.557[a]	0.573
平均水平以下	0.30±0.40			0.27±0.39		
平均水平	0.40±0.40[d]			0.30±0.37		
平均水平以上	0.38±0.39[d]			0.28±0.39		
家里有其他成年人同住		-0.715	0.475		-0.748	0.455
否	0.35±0.39			0.27±0.41		
是	0.37±0.40			0.29±0.38		
家里有小孩同住		0.262	0.793		0.345	0.730
否	0.38±0.39			0.29±0.39		
是	0.37±0.40			0.28±0.38		
患有慢性病		0.789	0.430		0.500	0.617
否	0.38±0.39			0.29±0.39		
是	0.36±0.40			0.28±0.38		
自评身体状况		1.960[a]	0.118		2.019[a]	0.110
差	0.26±0.42			0.25±0.33		
一般	0.38±0.39			0.27±0.38		
好	0.38±0.40			0.33±0.40		
非常好	0.39±0.37			0.31±0.39		
签约医生情况		-3.769	<0.001		-3.975	<0.001
无	0.27±0.39			0.15±0.45		
有	0.39±0.39			0.31±0.37		

注：[a] 表示 F 值，[b] 表示与全职比较 $P<0.05$；[c] 表示与高中 / 中专及以下比较 $P<0.05$；[d] 表示与平均水平以下比较 $P<0.05$。

建立多重逐步线性回归模型，结果显示，工作状况、签约医生情况是成都市城乡基层医疗卫生机构 PHC 质量评价中综合性的影响因素（$P<0.05$）。其中，目前工作状况对基层医疗卫生机构服务综合性具有负向预测作用（乡镇卫生院：$\beta=-0.031$，$P=0.006$；社区卫生服务中心：$\beta=-0.028$，$P=0.003$），有签约医生对基层医疗卫生机构服务综合性具有正向预测作用（乡镇卫生院：$\beta=0.128$，$P<0.001$；社区卫生服务中心：$\beta=0.169$，$P<0.001$），见表4。共线性诊断结果显示，容忍度大于0.9，不存在共线性问题。

3 讨论

基层医疗卫生机构是居民健康的“守门人”，也是落实分级诊疗、减少医疗费用及提升人民获得感的关键。在新型冠状病毒感染流行期间，基层医疗卫生机构筛查、分诊及监测的作用凸显，但过多的疫情防控工作占用大量的常规工作时间，如慢病管理，疫苗接种等；另外，疫情期间面对面就诊减少，而远程医疗服务数量增加[12]，这种转变虽为患者提供了便利，但也导致医患关系更难维系[13]，从而加重医疗服务质量的不平等，降低 PHC 质量。因此，本研究回顾了新型冠状病毒感染前成都市 390 家基层医疗卫生机构的居民服务质量体验数据，探究成都市城乡基层卫生服务质量差异及其影响因素，为 PHC 质量提升及后疫情时代基层医疗卫生服务质量对比提供参考。

3.1 成都市基层卫生服务水平较高，服务综合性存在差异

本研究发现，成都市城乡基层医疗卫生机构 PHC 质量在可及性、协调性、连续性方面相较于同类研究水平更高[6，10]，这可能是由于 PHC 质量很大程度上取决于地区的经济水平，而成都市是四川省乃至整个西南地区经济的第一梯队，因此基层卫生服务的质量相较于其他地区水平更高。本研究结果显示，成都市乡镇卫生院综合性维度得分高于社区卫生服务中心。这可能是由于社区卫生服务中心周围医疗挤兑的现象更为严重，相比于乡镇卫生院周边居民，社区卫生服务中心周边的居民的上级医院可及性更高，而患者常更加倾向前往上级医院就诊[14]，这也是医疗资源分配不均、供需不匹配的结果。因此，基层医疗卫生服务机构应加强培养高层次人才，如通过进修、对口帮扶、医联体及政策扶持等方式提升提高 PHC 服务能力。其次，应加强信息化建设和上下级医院联动，如定期授课、远程会诊或在线教学查房等提高基层医疗卫生机构工作人员的服务能力，提高居民对基层医疗卫生机构的信任度。

3.2 目前工作状况是影响服务综合性的重要因素

本研究发现，居民的目前工作状况是影响服务综合性维度得分的重要因素，且全职工作的居民服务综合性体验高于无业居民。这可能是由于工作状况与收入和经济水平相关，而经济水平相对较好的居民能在健康上投入更多的花费[15]。这可能提示需要相应的配套政策支持经济水平差的人群，如扩大医疗保险的覆盖范围及报销比例，实施对口援助计划及加强预防性医疗保健，防止因病返贫，因病致贫现象的出现，保证他们获取基本医疗服务的可及性与综合性。

3.3 是否有家庭医生是影响服务综合性的重要因素

本研究发现，是否有家庭签约医生是成都市城乡居民医疗服务综合性体验的影响因素，这与 XU[16]的研究结论一致，有家庭医生的居民对医疗服务质量的评分常更高。PHC 综合性包含“六位一体”健康服务，而家庭医生是医疗服务的主要提供者和执行者，因此家庭医生直接决定了患者的综合性体验。一篇发表在柳叶刀上的研究发现，家庭医生签约与慢病的知晓率、治疗率和控制率密切相关[17]，且全科医生数量与健康结局呈正相关，如减少肥胖、健康不平等和全因死亡率等[18]。国家对家庭医生签约也同样重视，《关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见》[19]指出，从2022年起，要在现有基础上，全人群签约率每年提升 1%~3%。因此应该进一步深化落实家庭医生签约服务制度，提高家

表 4 成都市城乡基层医疗卫生机构 PHC 质量评价中综合性影响因素的多重逐步线性回归分析

Table 4 Multiple stepby-step linear regression analysis of comprehensive influencing factors in PHC quality evaluation of urban and rural primary health care institutions in Chengdu

因变量	自变量	B（95%CI）	SE	β	t 值	P 值
乡镇卫生院综合性得分	常量	0.190（0.064~0.315）	0.064	—	2.959	0.003
	目前工作状况	-0.031（-0.053~-0.009）	0.011	-0.080	-2.777	0.006
	有无签约医生	0.128（0.063~0.192）	0.033	0.113	3.903	<0.001
社区卫生服务中心综合性得分	常量	0.031（-0.097~0.159）	0.065	—	0.474	0.636
	目前工作状况	-0.028（-0.046~-0.009）	0.009	-0.094	-2.930	0.003
	有无签约医生	0.169（0.101~0.236）	0.034	0.157	4.905	<0.001

注：由于篇幅受限，本研究仅展示有统计学意义的变量；以乡镇卫生院综合性得分为因变量的多重线性回归方程：$R^2=0.018$，$F=11.001$，$P<0.001$；以社区卫生服务中心综合性得分为因变量的多重线性回归方程：$R^2=0.030$，$F=14.749$，$P<0.001$；—表示无此项数据

庭医生服务提高家庭医生签约率。本研究中，成都市基层医疗的总体签约率达到 85.46%，已位于全国前列，因此后续的签约率提高是难点，也是卫生改革的深水区，政府应该加大投入，进一步落实家庭医生签约制度，分析居民未签约原因，力争做到家庭医生签约的全覆盖，进一步提升居民的健康水平和获得感。

4 小结

成都市城乡 PHC 整体水平较高，但在综合性上乡镇卫生院较社区卫生服务中心水平更高。居民目前工作状况，是否有家庭签约医生是影响居民综合性服务体验的重要因素。建议加强相应人群的配套政策支持，继续深化落实家庭医生签约制度，进一步提高 PHC 质量。本研究仅纳入成都市的基层医疗卫生机构，不能代表全国情况。因此，今后可扩大纳入的基层医疗卫生机构数量和范围，对城乡 PHC 差异做进一步探索。

作者贡献：黄传应、刘力滴进行文章的构思与设计，数据分析及文章撰写；张鹏、张亚琳、杨荣、杨梓钰、伍佳、程玉负责资料的收集；代华、廖晓阳负责文章的构思与设计、文章修订，文章质量控制与审查，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 牛亚冬，张研，叶婷，等．我国基层医疗卫生机构医疗服务能力发展与现状［J］．中国医院管理，2018，38（6）：35-37，41.

[2] KRINGOS D S，BOERMA W G，HUTCHINSON A，et al. The breadth of primary care：a systematic literature review of its core dimensions［J］. BMC Health Serv Res，2010，10：65. DOI：10.1186/1472-6963-10-65.

[3] 迟春花．“健康中国 2030” 与全科医生队伍建设［J］．领导科学论坛，2018（24）：76-96. DOI：10.19299/j.cnki.42-1837/c.2018.24.007.

[4] 张倩倩，金花，于德华．国内外社区卫生服务质量评价内容差异的系统综述［J］．中国全科医学，2022，25（1）：20-28. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.339.

[5] AOKI T，YAMAMOTO Y，IKENOUE T，et al. Effect of patient experience on bypassing a primary care gatekeeper：a multicenter prospective cohort study in Japan［J］. J Gen Intern Med，2018，33（5）：722-728. DOI：10.1007/s11606-017-4245-1.

[6] TAO W J，ZENG W Q，YAN L，et al. The health service capacity of primary health care in West China：different perspectives of physicians and their patients［J］. BMC Health Serv Res，2019，19（1）：143. DOI：10.1186/s12913-019-3964-x.

[7] 刘力滴，廖晓阳，赵茜，等．国外常用基层医疗服务质量评价工具及其对我国的启示［J］．中国全科医学，2024，27（1）：27-35. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0054.

[8] EIDE T B，STRAAND J，BJÖRKELUND C，et al. Differences in medical services in Nordic general practice：a comparative survey from the QUALICOPC study［J］. Scand J Prim Health Care，2017：1-10. DOI：10.1080/02813432.2017.1358856.

[9] OLESZCZYK M，KRZTOŃ-KRÓLEWIECKA A，SCHÄFER W L A，et al. Experiences of adult patients using primary care services in Poland – a cross-sectional study in QUALICOPC study framework［J］. BMC Fam Pract，2017，18（1）：93. DOI：10.1186/s12875-017-0665-6.

[10] 李培艺，曾文麒，陶文娟，等．基于 QUALICOPC 的四川省不同经济发展地区基层医疗机构服务的综合评价［J］．中国卫生事业管理，2019，36（12）：881-884.

[11] 路冰清，曾文麒，陶文娟，等．基于医生视角的四川省基层医疗服务能力现状及影响因素分析［J］．中国卫生政策研究，2019，12（8）：31-36. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2019.08.005.

[12] SIMON J，MOHANTY N，MASINTER L，et al. COVID-19：exploring the repercussions on federally qualified health center service delivery and quality［J］. J Health Care Poor Underserved，2021，32（1）：137-144. DOI：10.1353/hpu.2021.0013.

[13] ANDREADIS K，MUELLERS K，ANCKER J S，et al. Telemedicine impact on the patient-provider relationship in primary care during the COVID-19 pandemic［J］. Med Care，2023，61（Suppl 1）：S83-88. DOI：10.1097/MLR.0000000000001808.

[14] 苏映雪，宁宁，张鑫，等．医疗挤兑背景下公众基层医疗服务就诊意愿及其影响因素分析［J］．中国卫生事业管理，2022，39（7）：513-517.

[15] WU F，WANG N，QU Y N. Where does residents' choice of primary medical treatment come from? –a logical analysis based on the perspective of service accessibility and residents' cognition［J］. Front Public Health，2022，10：949622. DOI：10.3389/fpubh.2022.949622.

[16] XU J F，ZHOU Y Y，LIU R Y，et al. Primary health institutions and service quality in China：implications for health policy［J］. Int J Environ Res Public Health，2022，19（19）：12063. DOI：10.3390/ijerph191912063.

[17] CHINA PEACE COLLABORATIVE GROUP，ZHOU T N，WANG Y F，et al. Primary care institutional characteristics associated with hypertension awareness，treatment，and control in the China PEACE-million persons project and primary health-care survey：a cross-sectional study［J］. Lancet Glob Health，2023，11（1）：e83-e94. DOI：10.1016/S2214-109X（22）00428-4.

[18] VALLEJO-TORRES L，MORRIS S. Primary care supply and quality of care in England［J］. Eur J Health Econ，2018，19（4）：499-519. DOI：10.1007/s10198-017-0898-2.

[19] 国务院办公厅．关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见［A/OL］．（2022-03-01）［2024-01-01］. https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2022-03/15/content_5679177.htm.

（收稿日期：2024-01-10；修回日期：2024-12-04）

（本文编辑：王世越）